



การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลสรรพยา จังหวัดชัยนาท

บุษยา คำคำ*
จารุวรรณ ก้านศรี**
นภัทร เตียนกุล**
สิรภาพ โตเสมอ**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำนวน 20 คน ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติจากผู้ป่วยจิตเภท ของโรงพยาบาลสรรพยา จังหวัดชัยนาท เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ซึ่งผ่านการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติ t-test

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ดีขึ้นกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : โปรแกรมสุขภาพจิตครอบครัว, พฤติกรรมการใช้ยา, ผู้ป่วยจิตเภท

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสรรพยา ชัยนาท

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท





A Study of Using the Family Psycho–education Program on Medication Adherence Behaviors of Schizophrenic Patients in a Community, Saphaya Hospital, Chainat Province

*Budsaya Dumkum**

*Jaruwan kansri***

*Napat Teianukool***

*Siraphob Tosem***

Abstract

The purpose of this study was to compare medication adherence behaviors of schizophrenic patients in a community. Study samples composed of 20 schizophrenic patients in a community who met the inclusion criteria. They were recruited from patients attending Saphaya District, Chainat Province. The study instrument was the Family Psycho–Education Program which was assessed for content validity by three experts. The data collection instrument was the medication adherence scale. The Cronbach Alpha coefficient reliability of the instrument was 0.86. A paired t–test was used for analyzing the data.

The results showed that medication adherence behaviors of patients with schizophrenia in the community after using the Family Psycho–Education Program was significantly higher than before using such program ($p<0.05$).

Keyword : Family Psycho–Education Program, Medication Adherence Behaviors Schizophrenic Patients

*Registered Nurse, Professional Level, Saphaya Hospital, Chainat

**Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Chainat.



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่พบมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งในประเทศไทยพบความชุกของโรคร้อยละ 0.59 พบร้อยละ 40-50 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด² จากสถิติของผู้รับบริการในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตที่ผ่านมา พบว่า โรคทางจิตเวชมีจำนวนสูงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยพบว่า โรคจิตเภท พบมากเป็นอันดับหนึ่งในทุกปีงบประมาณ คิดเป็นร้อยละ 52.67-58.96 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด³ สอดคล้องกับโรงพยาบาลสรรพยาที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเวช ในลักษณะผู้ป่วยนอก โดยสถิติของจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มารักษามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นโดยในปี พ.ศ. 2553-2555 มีผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 26, 32 และ 44 คนตามลำดับ และเมื่อศึกษาแฟ้มประวัติของผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่จะมีปัญหาเรื่องการมารักษาและรับยาที่ต่อเนื่อง⁴

ผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชรับผิดชอบให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้ทำการประเมินผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีปัญหาดังกล่าวจำนวน 20 ราย พบว่าผู้ป่วยถึง 10 รายมีพฤติกรรมการใช้ยาในระดับที่ไม่เหมาะสม มักมีอาการกำเริบตามมา ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาทางจิต การจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา และปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Sullivan และคณะ⁵ ที่พบว่า ปัญหาสำคัญคือการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาโดยเฉพาะเรื่องการรักษาด้วยยา ลักษณะของพฤติกรรมที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่พบ คือการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องและต่อเนื่อง เช่น ใช้ยาคิดเวลา มีการหยุดการใช้ยาหรือใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่าคุณเองมีความผิดปกติ ใช้ยาน้อยหรือเพิ่มมากกว่าแผนการรักษา⁶ รวมทั้งการไม่มาตรวจตามนัด ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้

ยาอย่างถูกต้องประมาณร้อยละ 50 ในปีแรกของการเจ็บป่วยและลดลงเหลือร้อยละ 15 ในปีถัดไป⁷

ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ไม่ใช่เพียงแค่พาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งผู้ดูแลต้องใช้เวลา แรงงานในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในการทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งภาระดังกล่าวมีทั้งภาระการดูแลเชิงอัตนัย เช่น เกิดความรู้สึกวิตกกังวล เครียด เปื่อหน่าย ท้อแท้ ซึมเศร้า และเกิดภาระการดูแลเชิงปรนัย เช่น มีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตและปัญหาสุขภาพ เนื่องจากต้องให้การดูแลผู้ป่วย⁸ หากผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ขาดการสนับสนุนทางสังคมและไม่สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้ว ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา รวมทั้งขาดทักษะในการจัดการกับอาการแล้วยังส่งผลกระทบต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลตามมา

จากปัญหาข้างต้น ผู้ศึกษาเล็งเห็นความจำเป็นในการนำสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psycho-education) ของ Anderson และคณะ⁹ มาใช้ในการแก้ปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากเป็นรูปแบบของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยทางจิต โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม (joining) ด้วยการนำทั้งผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมพร้อมกันทุกขั้นตอนในกระบวนการ จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา และลดภาระการดูแลของผู้ดูแล และส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยที่จะกลับเป็นซ้ำและต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลลดลงในที่สุด¹⁰⁻¹¹



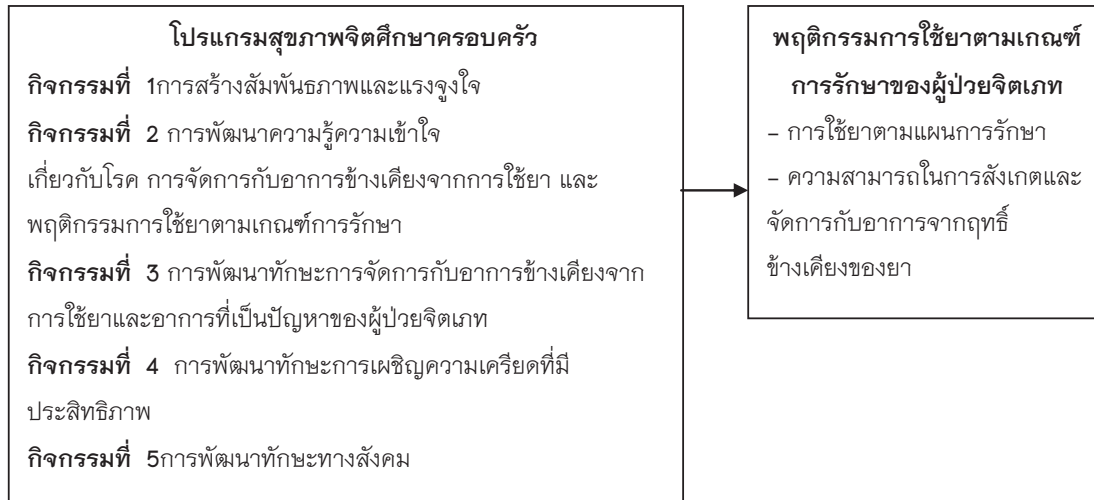
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์

การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับ

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

กรอบแนวคิดการวิจัย



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) กลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองโดยศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทพื้นที่อำเภอสรรพยาจังหวัดชัยนาท ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนตุลาคมพ.ศ. 2556

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในเขตอำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่อำเภอสรรพยา เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 20 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1) มีอายุระหว่าง 18-59 ปีทั้งชายและหญิง 2) สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ และ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย 3) ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน ICD-10

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากการศึกษาของจิราพร รักการ¹² ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ (family psychoeducation) ของ Anderson และคณะ⁹ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด



ที่มีประสิทธิภาพ กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม โดยใช้เวลาดำเนินการ 3 สัปดาห์ติดต่อกันโดยสัปดาห์แรกดำเนินกิจกรรมที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 2 และ 3 และสัปดาห์ที่ 3 ดำเนินกิจกรรมที่ 4 และ 5 ดำเนินการใช้เวลากิจกรรมละ 45-60 นาที

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ แล้วนำโปรแกรมสู่สภาพจิตศึกษารายครอบครัวชุดนี้ไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ครอบครัว เพื่อทดสอบความเป็นไปได้แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษารายได้ของครอบครัวต่อเดือน

2.2 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของสรินทร เชี่ยวโสธร¹³ ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher⁶ ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ข้อคำถามข้อที่ 1-9 เป็นด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา ข้อคำถามข้อที่ 10-18 เป็นด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา คำตอบเป็นระดับมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การคิดคะแนนทำโดยคิดคะแนนรวมทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์โดยคะแนน 4.50 – 5.00 คือ มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดีมาก คะแนน 3.50-4.49 คือ มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดี คะแนน 2.50 – 3.49 คือ มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับปานกลางคะแนน 1.50-2.49 คือ มีพฤติกรรม

การใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำ คะแนน 1.00 – 1.49 คือ มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำสุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยรวมเท่ากับ .86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินงานเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง พื้นที่ อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ขอบเขตระยะเวลาที่ศึกษาระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2556

1) ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีย์ ชัยนาทถึงโรงพยาบาลสรรพยา โดยขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ ขออนุญาตเก็บข้อมูล โดยชี้แจงเรื่องที่จะทำวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นจึงดำเนินการเก็บข้อมูล

2) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ครอบครัว ละคร 3 คน ประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้ศึกษาเข้าพบผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวที่บ้านตามที่นัดหมายไว้ แนะนำตัว อธิบายถึงวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบ หลังจากได้รับความยินยอมแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการทดลองครั้งนี้ต่อ

จากนั้นให้ตอบแบบประเมินและเก็บเป็นคะแนนก่อนการทดลอง และนัดเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่บ้าน

3) กลุ่มทดลอง ได้ร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวซึ่งเป็นการให้สุขภาพจิตศึกษารายครอบครัวที่บ้าน สัปดาห์แรกดำเนินกิจกรรมที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 2 และ 3 และสัปดาห์ที่ 3 ดำเนินกิจกรรมที่ 4 และ 5 โดยดำเนินกิจกรรมครั้งละ 45-60 นาที จนครบ 5 ครั้งเป็นเวลา 3 สัปดาห์ติดต่อกัน

4) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวทันที

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยดำเนินการภายหลังได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลสรรพยา และกลุ่มตัวอย่าง โดยมีการขอความอนุเคราะห์จากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมการวิจัยชี้แจงการดำเนินการทดลอง ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างและการตอบแบบสอบถาม และสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา มีการรักษาความลับของข้อมูลไว้อย่างปลอดภัย วิเคราะห์ข้อมูลรายงานผลในลักษณะภาพรวมเชิงวิชาการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยใช้สถิติทดสอบ t-test

ผลการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 75 อายุอยู่ในช่วง 41 – 50 ปี ร้อยละ 40 สถานภาพคู่ ร้อยละ 65 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70 ส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50 รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายร้อยละ 60

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวครอบครัว(N=20)

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		t	p
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
การใช้ยาตามแผนการรักษา	25.65	74	32.45	1.09	9.637	.000
ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา	23.20	53	31.80	2.04	13.300	.000
โดยรวม	48.85	7.18	64.25	3.02	12.07	.00*

* $p < .05$

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนน พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท และคะแนนความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา หลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวดีขึ้นกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษารายข้อ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว(N=20)

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	ก่อนการได้รับ		หลังการได้รับ		t	p
	โปรแกรม		โปรแกรม			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา						
ไม่เคยลืมรับประทานยา	2.40	0.82	4.00	0.00	-8.71	.000
รับประทานยาครบตามที่แพทย์สั่ง	2.85	0.74	3.25	0.44	-2.63	.017
รับประทานยาตรงตามเวลา	3.20	0.69	3.80	0.41	-3.55	.002
ไม่รับประทานยาเฉพาะเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น	3.05	0.22	3.20	0.41	-1.83	.083
ไม่เคยหยุดใช้ยาเองเมื่ออาการดีขึ้น	2.35	0.67	4.00	0.00	-11.00	.000
ไม่หยุดรับประทานยาโดยที่แพทย์ไม่แนะนำ	3.05	0.22	3.20	0.41	-1.83	.083
ไม่รับประทานยานอนหลับเพิ่มโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง	2.20	0.41	3.00	0.00	-8.71	.000
ไม่เคยลดจำนวนเม็ดยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	2.90	0.78	4.00	0.00	-6.25	0.00
ไม่เพิ่มจำนวนเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง	3.65	0.58	4.00	0.00	-2.66	.015
รวม	2.85	3.74	3.60	1.09	-9.63	.000*





จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนน พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา รายชื่อของผู้ป่วยจิตเภทหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวดีกว่าการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมีความแตกต่าง

ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้น ข้อที่เกี่ยวกับการไม่หยุดรับประทานยาโดยที่แพทย์ไม่ได้แนะนำ และการไม่รับประทานยาเฉพาะเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้นซึ่งพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารายชื่อ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (N=20)

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษา	ก่อนการได้รับ		หลังการได้รับ		t	p
	โปรแกรม		โปรแกรม			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับ อาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา						
เมื่อเจ็บป่วยทางกายจะไม่หยุดใช้ยารักษาอาการทาง จิตโดยไม่ปรึกษาแพทย์	2.60	0.82	3.85	0.36	-6.14	.000
เมื่อยาหมด จะไม่ซื้อยากินเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์	2.20	0.41	3.70	0.47	-13.07	.000
เมื่ออาการดีขึ้นยังรับประทานยาสม่ำเสมอ	3.00	0.56	3.85	0.36	-5.66	.000
เมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยาท่านรับประทานยาแก้ แพ้ตามที่แพทย์สั่ง	3.55	0.75	4.10	0.30	-3.24	.004
มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	2.55	0.51	3.20	0.41	-4.95	.000
ปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องการใช้ยา	2.25	0.44	3.65	0.58	-10.46	.000
ปรึกษาทีมสุขภาพเมื่อมีปัญหาหรืออาการผิดปกติ จากการใช้ยา	2.20	0.41	3.25	0.44	-9.20	.000
เมื่อมีอาการผิดปกติรุนแรงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ท่านรีบไปพบแพทย์ทันที	2.65	0.48	3.20	0.41	-4.067	.001
ขอให้แพทย์ปรับการรักษาเมื่ออาการไม่ดีขึ้น	2.20	0.41	3.00	0.00	-8.71	.000
รวม	2.57	3.53	3.53	2.04	-13.30	.000

จากตารางที่ 3 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารายชื่อของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมีความแตกต่าง

กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาถูกต้อง ดีกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว



การอภิปรายผล

คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และคะแนนความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา หลังการได้รับโปรแกรม สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวดีขึ้นกว่าก่อนการได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเนื่องจากกิจกรรม การพยาบาลตามโปรแกรมที่ใช้ในครั้งนี้ สามารถแก้ไข สาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตาม เกณฑ์การรักษาได้ โดยปัญหาดังกล่าวมีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับโรคจิตเภท การขาดทักษะในการจัดการกับ อาการ รวมทั้งการขาดการสนับสนุนระดับประคอง ทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยจิต เภทเกิดปัญหาการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การ รักษา¹⁴ ซึ่งโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ตามแนวคิดของ Anderson และคณะ⁹ เป็นรูปแบบของ การให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต โดยการ ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว การให้ความรู้ ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family educa- tion) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) โดยเฉพาะทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียง ของยา การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งการพัฒนาความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าว จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว มีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการข้าง เคียงจากการใช้ยาที่เป็นปัญหา จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมี สัมพันธภาพกับครอบครัวดีขึ้น และมีพฤติกรรมการใช้ ยาได้ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษามากขึ้น¹¹

นอกจากนี้กิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมสุขภาพจิต ศึกษาครอบครัว สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม

การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เช่น ในกิจกรรมที่ 2 การ พัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การจัดการกับ อาการข้างเคียงจากการใช้ยา และพฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษา เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้อง ปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี และการสนับสนุนให้ผู้ป่วย มีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วย เห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการรับประทาน ยาอย่างต่อเนื่อง รับรู้ถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้

ทั้งนี้จากผลการวิจัยยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทยัง หยุดรับประทานยาเอง โดยที่แพทย์ไม่ได้แนะนำ จาก การสอบถามผู้ป่วยบอกว่าบางครั้งจะลืมรับประทาน ยา เนื่องจากชุมชนที่ผู้ป่วยจิตเภทอาศัยอยู่จะประกอบ อาชีพทางเกษตรกรรม ทำให้บางครั้งต้องตื่นแต่เช้าไป ช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพ จึงทำให้ลืมและ หยุดยารับประทานในมือนั้นๆ โดยเฉพาะมือเช้า อีกทั้ง ญาติและผู้ดูแลไม่มีเวลา จึงทำให้บางครั้งลืมเตือนให้ รับประทาน และข้อการไม่รับประทานยารักษาอาการ ทางจิตเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น เนื่องจากผู้ป่วยจิต เภทส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ทำให้ขาดความรู้เกี่ยวกับยาและความสำคัญของการรับ รับประทานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งคิดว่าเมื่อมีอาการทาง จิตดีขึ้นก็สามารถที่จะหยุดรับประทานยารักษาอาการ ทางจิตได้

ในส่วนกิจกรรมที่ 3 จะทำให้ทั้งผู้ป่วยจิตเภท ผู้ ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ทราบถึงแนวทางในการ จัดการกับอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ และสามารถ จัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการ





กำเริบของโรค สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันค้นหาปัญหาและวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เพราะความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม ส่งผลให้มีพฤติกรรมใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุกฤดียา กุลศรี และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์¹⁵ ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการสร้างแรงจูงใจจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยรวมและรายด้านมากขึ้นกว่าไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม และสอดคล้องกับผลการศึกษาของรักสุดา กิจอรุณ¹⁶ ที่พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ดีกว่าการไม่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการวิจัยของวันวิสา โพธิ์อ้อมและอรพรรณ สือบุญธวัชชัย¹⁷ ที่พบว่าพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสูงขึ้นหลังได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว และพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อีกทั้งยังช่วยลดการกำเริบของโรคจิต เนื่องมาจากการให้สุขภาพจิตศึกษาช่วยเพิ่มการตระหนักรู้เกี่ยวกับโรค และความร่วมมือต่อการรักษา และลดความตึงเครียดทางอารมณ์ของผู้ป่วยและญาติ¹⁸

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. ควรมีการนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน

เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทในอำเภออื่นๆ เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลชุมชน

2. ควรมีการสอดแทรกเนื้อหาการสอนเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในวิชาทางการพยาบาล เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลสามารถประยุกต์ไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยและญาติที่เป็นโรคจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำการศึกษาค้างต่อไป

ควรมีการติดตามผลที่เกิดขึ้นจากการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวอย่างต่อเนื่องเพื่อดูความต่อเนื่องและความคงอยู่ของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

เอกสารอ้างอิง

1. วารินทร์ รอดข้า. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความหวังต่อความคาดหวังและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. [สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2556.
2. กรรณิกา ชอบน้ำ. การเสริมสร้างพลังอำนาจและพลังอำนาจของผู้ดูแลในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภท. [สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2555.
3. เกียรติภูมิ วงศ์จิต, พัทธ์พัล บุญยมาลิก, สุพัฒน์ สุขสว่าง, ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. รูปแบบกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยจิตเวชในระดับชุมชน. โรงพยาบาลศรีธัญญา, นนทบุรี; 2550.
4. โรงพยาบาลสรรพยา. รายงานประจำปี, 2555. มปท; 2556.





5. Sullivan, G., Well, K. B., Morgenstern, H., & Leake, B. Identifying modifiable risk Factor Forrehospitalization: a case-control study of seriously mentally ill person in Missisisspy. American Journal of Psychiatry 1995; 152(12): 1749-56.
6. Farragher, B. Threatment compliance in the mental health service. Irish Mediation Journal 1999; 92(6): 1-3.
7. Ruscher SM, WitR, Mazmanian D. Psychiatric patients' attitudes about medication and factor Affecting noncompliance. Psychiatric Service 1997; 48(1): 82-5.
8. นพรัตน์ ไชยขำนิ. ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2544
9. Anderson, C. M., Hogarty, G. E., & Reiss, D. J. Family treatment of adult schizophrenic patients: A Psychoeducation and management. New York: Guilford Press; 1980.
10. Ran, M.S., Xiang, M.Z., & Chan, C.I. Effectiveness of Psychoeducational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia – a randomised controlled. Social Psychiatry Epidemiology 2003 ; 38(2): 69-75.
11. Pitschel-Walz, G., Bäuml, J., Bender, W., Endel, R., Wagner, M., Kissling, W. Psychoeducation and compliance Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis information Project Study. Journal Clinical Psychiatry 2006; 67(8): 67-75.
12. จิราพร รักการ. ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2549.
13. สรินทร เชื้อวไลธร. ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2545.
14. อุมพร กาญจนรักษ์. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2545.
15. สุกฤติยา กุลศรี, เพ็ญญา แดงต่อมยุทธ์. การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา 2552; 3(2), 31-41.
16. รักสุตา กิจอรุณชัย. ผลของสุขภาพจิตศึกษาต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2555; 20(3), 154-162.
17. วันวิสา โพธิ์อิม, อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. ผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2555; 26(1), 50-61.
18. Xia, J., Merinder, L.B., Beigamwar, M. R. Psychoeducation for schizophrenia [internet]. 2011 [cited 2011 Jun 15]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12076455>.

